La Psychiatrie

Année Universitaire

2015 – 2016

Sommaire

- **Chapitre 1 : Les Notions de Base……..p1**
- **Chapitre 2 : La Schizophrénie……..p10**
- **Chapitre 3 : Les Névroses……..p16**
- **Chapitre 4 : L'Anorexie mentale……..p35**
- **Chapitre 5 : La Confusion mentale……..p38**
- **Chapitre 6 : La Mélancolie……..p42**
- **Chapitre 7 : La Toxicomanie……..p51**
- **Chapitre 8 : Le Programme de Lutte Contre la Toxicomanie……..p56**
- **Chapitre 9 : Les Maladies Psychosomatiques……..p58**
- **Chapitre 10 : Les Névroses (Résumé)……..p60**

Chapitre 1 : Les Notions de Base

A. Aperçu historique :

Le Maroc fait partie des pays dont la maladie mental est mal conçu, ceci se justifie par le recours aux théories traditionnelles.se fut en 1959 qu'un Dahir se postula pour la prise en charge de tous les malades mentaux au royaume.

Les 3 modalités de prise en charge sont :

1- Si le malade mentale se trouve dans une zone rurale, c'est le Caïd qui lui établit **« mode de placement ».**tous les symptômes objectifs se portent sur ce mode de déplacement **« Dahir 30 Avril 1959 ».**
2- Si le malade se trouve dans une zone urbaine : ce sont les responsables de la sureté nationale qui lui établit une réquisition de police portant les mêmes symptômes que le mode de placement.
3- Le malade une fois sent que sa santé mentale commence à s'altérer « rechute » il peut demander à l'équipe une hospitalisation sur le champ.

B. Troubles psychiatriques et (troubles de la) personnalité :

-Troubles mentaux : maladies plus ou moins durables et plus ou moins clairement délimitées (par exemple Dépression majeure, psychose paranoïaque, trouble obsessionnel-compulsif).

-**Troubles de la personnalité** : perturbations stables du caractère, comme la personnalité histrionique [ou "hystérique"] ou la personnalité antisociale [ou "psychopathique"].

C. Névroses et psychoses :

- Psychoses : troubles mentaux graves dans lesquels le contact avec la réalité, et la conscience du trouble, sont perturbés. La pensée logique, l'affectivité, les relations aux autres sont gravement atteintes. Il existe fréquemment un délire.

• **Groupe des schizophrénies :** psychoses débutant chez le sujet jeune, dans laquelle le sens de l'identité est gravement perturbé.

• **Groupe des autres psychoses chroniques :** survenant chez des sujets d'âge mur ou âgés, et caractérisées par un délire à tonalité souvent persécutoire : psychose paranoïaque ou psychose hallucinatoire chronique.

- Névroses : pas d'altération du sens de la réalité.

Le sujet a une conscience, souvent douloureuse, du trouble et de ses difficultés à vivre. Il n'y a jamais de délire.

Il existe souvent un sentiment de culpabilité. Les symptômes sont variables selon la névrose : corporels et psycho-sexuels dans la névrose hystérique, pensées intrusives et compulsions dans la névrose obsessionnelle, angoisse et évitement dans la névrose phobique, etc.

D. Sémiologie psychiatrique analytique :

Lors de l'entretien, le médecin doit analyser les propos et le comportement du patient, de façon à pouvoir «extraire» les informations utiles à la construction d'un diagnostic psychiatrique.

Il va falloir un langage plus précis que «il n'est pas net», « il est bizarre» !

1. Les troubles de la vigilance :

Les troubles de la vigilance relèvent davantage de la neurologie que de la psychiatrie.

• Ils comportent l'obnubilation et, à un plus fort degré, la confusion mentale, caractérisée par une altération plus ou moins fluctuante de la vigilance, de la mémoire, de l'orientation dans le temps et l'espace, et

parfois par un onirisme (hallucinations terrifiantes, par exemple images d'animaux menaçants ou zoopsies).

• L'exemple-type d'un syndrome confuso-onirique est le delirium tremens, grave syndrome de sevrage brutal chez un malade alcoolo-dépendant.

2. Troubles de la mémoire :

Relèvent davantage de la neurologie que de la psychiatrie.

Amnésies:

• **Rétrogrades (ou d'évocation) :** oubli de souvenirs jusque là conservés, par exemple dans le syndrome confusionnel.

• **Antérogrades (ou de fixation) :** impossibilité de fixer des informations nouvelles, comme dans l'ictus amnésique, transitoire et bénin, ou le syndrome de Korsakoff, grave complication de l'alcoolisme.

• **Antéro-rétrogrades** (dans les démences).

• **Les amnésies psychogènes**, parcellaires, sont rares.

3. Les troubles du langage :

Les troubles du langage d'origine psychiatrique se distinguent des troubles du langage d'origine neurologique ou aphasies.

Sont décrits en pathologie psychiatrique :

• **Mutisme**, de signification variable.

• **Logorrhée**, discours accéléré et prolixe observé principalement dans la manie.

• **Palilalie**, répétition de mots ou de phrases, souvent prononcés par l'interlocuteur (écholalie), observée au cours de la schizophrénie et des démences.

4. Les troubles de la psychomotricité :

● **L'agitation motrice** : peut être brève, réactionnelle à un stress aigu, ou durable, au cours de la manie et des états confusionnels ou délirants.

● **Le ralentissement psychomoteur**, inverse de l'agitation, est observé dans la dépression (lien interne).

● **La stupeur** est l'absence de toute activité motrice et de langage. Elle est observée après un traumatisme psychique, ou au cours des états mélancoliques, de la schizophrénie, et des états confusionnels.

● **Les compulsions** sont des actes inutiles ritualisés, que le sujet ne peut s'empêcher de répéter tout en reconnaissant leur caractère absurde (par exemple : rituels de vérification ou de lavage dans le trouble obsessionnel-compulsif [ou névrose obsessionnelle]).

● **Les impulsions** sont des actes souvent agressifs ou délictueux, auxquels le sujet se sent contraint, et qu'il réalise brutalement. L'impulsivité caractérise certains troubles de personnalité comme la Personnalité anti-sociale.

● **La catatonie** s'observe dans certaines schizophrénies. Le patient est mutique, immobile, opposant à toute sollicitation (négativisme) ou maintient indéfiniment une position du corps fixée par l'examinateur (catalepsie).

5. Les troubles des émotions (affectivité, humeur) :

-Humeur (ou thymie) : tonalité affective de base, résultante de l'état émotionnel à un moment donné, normalement soumise à des fluctuations tout en restant adaptée à l'ambiance environnante.

● Peut varier de l'euphorie et du plaisir à la tristesse et à la douleur. A l'opposé de ces humeurs extrêmes (hyperthymie) se situe l'émoussement affectif (hypothymie). L'humeur est pathologique lorsqu'elle devient fixe et insensible à l'environnement.

● **L'humeur dépressive :** comporte une tonalité de tristesse constante, voire de douleur morale. Parfois, le déprimé exprime plutôt son incapacité douloureuse à éprouver des sentiments envers autrui (anesthésie affective). L'humeur dépressive s'accompagne d'idées pessimistes et péjoratives sur le passé, le présent et l'avenir, d'un sentiment d'incapacité et de dévalorisation de soi, d'un désintérêt et souvent d'un désir de mort (lien interne).

● **L'humeur expansive :** marquée par l'euphorie, l'optimisme, le sentiment de puissance, les intérêts multiples, les désirs impérieux, et l'hypersensibilité à l'ambiance (hypersyntonie). Cette humeur est caractéristique de la manie (lien interne).

NB :

L'optimisme est la positivité de l'espoir qui impose des variables palpables.

- Anxiété (ou angoisse, qui a une connotation plus forte) : état émotionnel pénible caractérisé par une peur "sans objet", un sentiment d'attente inquiète, et des manifestations neuro-végétatives souvent au premier plan : palpitations, oppression thoracique, gène respiratoire, "boule dans la gorge", etc.

Elle est fréquente au cours de toutes les maladies psychiatriques mais domine parfois le tableau :

● **Trouble anxieux généralisé :** anxiété diffuse et permanente.

● **Trouble panique :** anxiété survenant par crises spontanée (lien interne).

● **Phobies:** anxiété déplacée sur des objets ou des situations sans danger objectif.

● **Hypochondrie :** anxiété cristallisée sur la crainte de la maladie.

-Trouble obsessionnel compulsif ou névrose obsessionnelle : anxiété s'exprimant sous la forme de pensées obsédantes (obsessions) que des compulsions tentent de faire disparaître.

6. Les troubles des activités perceptives :

Illusions : perceptions incorrectes d'un objet réel, observées dans les états anxieux et confusionnels.

Hallucinations : perceptions sans objet, qui caractérisent les psychoses (schizophrénies et délires chroniques), l'effet des drogues hallucinogènes, et les syndromes confuso-oniriques.

Les hallucinations ne sont pas « critiquées » par le sujet qui a la conviction de leur réalité objective.

● **Hallucinations« psycho-sensorielles»,** perçues comme extérieures :

○ Auditives (bruits, voix).

○ Visuelles, olfactives, gustatives, tactiles (sensibilité superficielle).

○ Cénesthésiques (sensibilité interne).

● **Hallucinations« psychiques »:** il s'agit de voix intérieures ou de pensées transmises, par exemple via des « ondes ».

On parle de syndrome d'influence ou de syndrome d'automatisme mental, difficiles à distinguer en pratique.

Ce type d'hallucinations se rencontre essentiellement au cours des schizophrénies

7. Les troubles de la pensée, de la conscience de soi et de l'environnement :

- Troubles du cours de la pensée :

• **Tachypsychie:** pensée accélérée, dans la manie ou sous l'effet d'une drogue psychostimulante

• **Bradypsychie:** pensée ralentie, dans la dépression et les syndromes confusionnels.

• **Barrage:** discontinuité de la pensée caractéristique de la dissociation schizophrénique.

- Troubles du contenu de la pensée de type :

• de type « névrotique » :

• **Phobies :** peur irraisonnée de certains objets ou situations entraînant leur évitement.

• **Obsessions** : idées qui s'imposent au sujet qui les ressent comme absurdes mais qu'il ne parvient pas à chasser.

• **de type « psychotique »,** les idées délirantes : symptômes majeurs des psychoses, les idées délirantes sont des idées en dehors de la réalité, auquel le sujet « adhère ».

Un délire se définit par :

• **son mécanisme :** hallucination, interprétation, intuition, imagination.

• **son thème :** persécution, mégalomanie, délire d'influence, délire passionnel, délire mystique, délire de filiation, etc.

• **son degré de systématisation** (un délire est systématisé s'il a une cohérence interne)

• **son degré d'extension** : « en secteur » ou « en réseau » s'il envahit toute la vie psychique.

- Déréalisation et dépersonnalisation :

Symptômes observés parfois de façon transitoire au cours d'une anxiété ou d'un stress majeurs, mais surtout, de façon durable, au cours des schizophrénies.

• **La déréalisation** : correspond au sentiment que l'environnement est devenu bizarre ou irréel, qu'il a perdu sa familiarité.

• **La dépersonnalisation** : correspond à la perte du sentiment d'identité, ou de familiarité avec soi-même.

8. Les troubles du jugement :

S'observent au cours des démences, en lien avec l'affaiblissement des capacités cognitives.

Des distorsions du jugement, fondées sur l'interprétation erronée de perceptions exactes, ou un raisonnement logique à partir de prémisses fausses, sont caractéristiques des psychoses chroniques comme le délire paranoïaque.

9. Les troubles des conduites instinctuelles :

-Troubles du sommeil : très fréquents dans toutes les pathologies psychiatriques.

• **Insomnies**, le plus souvent, dont certaines ont un type évocateur, par exemple l'insomnie du petit matin des états dépressifs sévères.

• **Hypersomnie et somnolence diurne anormale** relèvent plutôt de causes neurologiques ou générales (syndrome d'apnées du sommeil), mais sont parfois « névrotiques» ou « dépressives».

-Troubles des conduites alimentaires :

• **Anorexie**: désigne la perte de l'appétit. Elle peut être d'origine organique ou dépressive. Dans l'anorexie mentale, paradoxalement, c'est une restriction volontaire de l'alimentation qui est en cause, et non une anorexie.

• **Accès boulimique**: c'est le besoin impérieux d'absorber une grande quantité de nourriture, suivi d'un sentiment de culpabilité et de comportements visant à limiter la prise de poids.

-**Troubles des conduites sexuelles:**

Recouvrent les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme), les «déviations sexuelles », et les perturbations de la réalisation de l'acte sexuel (dysfonction érectile, anorgasmie, vaginisme, etc.) qui sont fréquentes dans de nombreux troubles mentaux.

10. Les troubles des conduites sociales :

Le passage à l'acte est une conduite impulsive, souvent auto- ou hétéro agressive, qui représente le principal trouble des conduites sociales.

Il est possible dans de nombreux troubles mentaux, et assez caractéristique de certaines personnalités pathologiques (« borderline» ou anti-sociale).

11. Les conduites addictives ou toxicomanies :

- **L'addiction** se définit comme "la répétition d'actes susceptibles de donner du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou une situation, recherchés et consommés avec avidité".

- **Le concept d'addiction recouvre des situations diverses:**

• Alcoolisme,

• Tabagisme,

• Toxicomanie aux produits illicites (opiacés, cannabis, hallucinogènes, etc.),

• Addictions comportementales (jeu pathologique, activité sportive compulsive),

• Troubles des conduites alimentaires.

- **Pour chacun des produits en cause dans les toxicomanies, on distingue:**

• Usage simple (non pathologique),

• Usage nocif ou abus (consommation excessive, mais sans dépendance, avec des conséquences néfastes sur la santé physique, psychique et sur la vie sociale),

• Dépendance (consommation compulsive, tolérance = nécessité d'augmenter les doses, symptômes de sevrage, perturbations psychologiques sévères, et complications graves).

- **Le diagnostic d'une addiction repose sur certains critères cliniques:**

• Sujet préoccupé par le produit ou le comportement,

• Se sent incapable de résister aux impulsions de consommation,

• Tente vainement de réduire cette consommation ou ce comportement, qu'il perpétue en ayant conscience de son rôle délétère sur la santé ou la vie socio-professionnelle,

• Sacrifie des activités professionnelles, sociales ou récréatives au profit du produit ou du comportement,

• Se sent irritable et agité en cas d'impossibilité de s'y adonner,

• Présente des symptômes physiques et psychologiques lors du sevrage.

Chapitre 2 : La Schizophrénie

1- Définition :

C'est une psychose chronique très sévère qui se vit dans les sociétés du monde.sa prévalence au Maroc préoccupe les responsables de la santé mentale. C'est une maladie qui touche la tranche d'âge 15 à 35 ans.

La sémiologie des maladies schizophréniques est caractérisée par trois grands syndromes :

- **Syndrome dissociatif**
- **Syndrome délirant paranoïde**
- **Syndrome autistique**

2- Signes cliniques :

2.1. Le syndrome dissociatif :

Il désigne une rupture de l'unité psychique à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale du sujet. Ce processus interne entraîne une perte de l'harmonie entre les différents champs de la vie psychique de la personne (affect, pensée, comportement, langage). (Par exemple, l'affect ne correspond pas à la pensée qui est émise, ni au comportement réalisé.). La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation.

2.1.1. Troubles du cours de la pensée :

Le processus dissociatif entraîne une atteinte dynamique de la pensée.

La pensée perd de sa cohérence et de sa logique et devient diffluente. Le sujet passe d'une idée à une autre sans suite logique. Les associations d'idées ne sont pas compréhensibles.

- **Le barrage** correspond à un arrêt brusque du discours, qui peut ne pas reprendre ou reprendre sur le même ou sur un autre thème.

- **Le fading mental** correspond à un engluement du discours qui ralenti puis reprend son rythme.

2.1.2. Troubles du langage :

- Le discours ne semble plus nécessairement destiné à établir un contact.
- Néologismes
- Mauvaise utilisation des mots (paralogisme)
- Mauvaise utilisation de la syntaxe (agrammatisme)
- Maniérisme du langage (préciosité)
- La schizophasie correspond à un langage totalement incohérent et incompréhensible.
- Mutisme ou semi-mutisme

2.1.3. Altération du système logique :

Le sujet schizophrène a sa propre logique qui confère au discours un aspect bizarre et impénétrable.

- Rationalisme morbide
- Altérations des capacités de raisonnement (prend les choses au premier degré)

2.1.4. Troubles de l'affectivité :

La discordance affective correspond à l'émission d'affects qui ne sont pas concordant avec la situation ou la pensée qui est émise (parler de la mort d'un proche avec un grand sourire)

La dissociation est à l'origine d'une ambivalence affective. Le sujet schizophrène ne parvient pas intégrer deux sentiments contradictoires et à se déterminer pour l'un d'eux.

Ces troubles de l'affectivité peuvent être à l'origine de manifestations émotionnelles déconcertantes et imprévisibles. (Réaction affectueuse spectaculaire ou agressivité brutale)

2.1.5. Troubles psychomoteurs :

- Maniérisme gestuel
- Stéréotypies motrices (balancement, grattage…)
- Phénomènes en écho : écholalie, échomimie, échopraxie
- Négativisme (refus de la main tendue, regard fuyant…)
- Catalepsie : perte de l'initiative motrice, conservation des attitudes (rigidité en tuyau de plomb)

2.1.6. La dépersonnalisation :

Elle correspond à un sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique, de morcellement corporel à l'origine d'une angoisse intense de néantisation.

2.2. Le délire paranoïde :

Le délire paranoïde n'est pas systématisé (peu ou pas cohérent). C'est un délire flou, incohérent, impénétrable, chaotique dont les mécanismes sont polymorphes (hallucinations, illusions, intuitions…) et les thèmes souvent intriqués (mystiques, persécutions, influence…).

L'adhésion du sujet à son délire est le plus souvent totale et peut déclencher des troubles du comportement (agitation, agressivité, stupeur…)

Le syndrome d'automatisme mental fortement évocateur du diagnostic correspond à une perte de contrôle du sujet sur une partie de ses pensées. Le sujet perçoit un écho de sa pensée, un commentaire de sa pensée ou de ses actes. Il a le sentiment que ses pensées sont volées ou devinées.

3. L'autisme :

L'autisme schizophrénique correspond à une modification des rapports du sujet au monde caractérisé par :

- Perte de contact avec la réalité (apragmatisme, désintérêt, indifférence affective, athymhormie, incurie…)

• Prédominance de la vie intérieure (fantasmes, monde imaginaire, idées abstraites et hermétiques…)

L'installation de ce monde autistique est à l'origine d'un isolement social sévère.

4. Les modes de début :

4.1. Débuts aigus :

4.1.1. Bouffée délirante aiguë :

Portail de toute schizophrénie, c'est une psychose aigue

4.1.2. Etat dépressif atypique :

Rechercher des éléments de bizarreries, des préoccupations à thème sexuel, des hallucinations, des stéréotypies…

4.1.3. Etat maniaque :

Repérer toute atypicité (bizarreries, idées délirantes non congruentes à l'humeur…) évocatrice d'une schizophrénie débutante (épisode « schizomaniaque »).

4.1.4. Troubles du comportement :

Gestes auto ou hétéro-agressifs bizarres, sans explication, impulsifs.

Etats confuso-oniriques.

4.2. Débuts insidieux :

Le diagnostic de schizophrénie est souvent porté tardivement, parfois après plusieurs années d'évolution retardant d'autant l'accès aux soins.

4.2.1. Fléchissement de l'activité (scolaire, professionnelle…) :

Désinvestissement pour les activités habituelles

4.2.2. Modification du caractère :

Repli sur soi, tendance à la rêverie, agressivité, hostilité contre les proches…

4.2.3. Modification de l'affectivité :

Indifférence affective, affectivité marquée par la bizarrerie

4.2.4. Manifestations pseudo-névrotiques :

- Troubles obsessionnels
- Troubles anxieux
- Troubles phobiques
- Préoccupations corporelles (dysmorphophobies)

4.2.5. Troubles du comportement alimentaire

4.2.6. Toxicomanies, alcoolisme

5. Les formes cliniques :

5.1. La schizophrénie paranoïde :

Prédominance de l'activité délirante paranoïde

5.2. La schizophrénie hébéphrénique :

Prédominance du syndrome dissociatif et de l'autisme

5.3. La schizophrénie catatonique :

Prédominance du syndrome dissociatif au niveau psychomoteur.

Cette forme correspond à une perte de l'initiative motrice pouvant évoluer jusqu'à la catalepsie.

5.4. Les troubles schizo-affectifs (schizophrénie dysthimique) :

Association de troubles schizophréniques à des troubles de l'humeur (épisodes maniaques, dépressifs ou mixtes)

5.5. Les schizophrénies pseudo-névrotiques :

Manifestations de symptômes d'allures névrotiques (obsessionnels, phobiques, anxieux, hystériques…), souvent à l'origine d'errances diagnostiques.

5.6. L'héboïdophrénie :

Existence de troubles pseudo-psychopathiques.

6. Evolutions cliniques :

La schizophrénie est une maladie chronique dont l'évolution est très variable d'un individu à l'autre et d'une forme à l'autre.

L'apparition des traitements neuroleptiques au début des années 1950 a considérablement amélioré le pronostic de cette maladie.

Le taux de suicide chez les schizophrènes est très élevé (plus de 10% se suicident)

L'évolution peut se faire par poussées avec des périodes de rémissions.

L'évolution peut être progressive vers un état déficitaire (25% de formes déficitaires)

Dans les formes résiduelles de schizophrénie la symptomatologie est atténuée et caractérisée par la présence de symptômes négatifs.

Facteurs de bon pronostic :

- Début tardif et brutal
- Présence de troubles thymiques
- Forme paranoïde
- Bonne réponse au traitement.
- Entourage familial solide

Chapitre 3 : Les Névroses

1. Définition :

- C'est un ensemble de troubles constatables
- **Névrose** est la lutte contre une angoisse par la conversion de cette angoisse en autre chose :
  - ✓ Accidents somatiques dans hystérie
  - ✓ Dans un système de châtiment mérité ou conjuré dans névrose obsessionnelle

- Existence de plusieurs névroses (névrose hystérique, obsessionnelle, phobique…)

Points communs :

- Sont troubles mentaux
- Sans cause organique
- Entraîne une perturbation de **la vie quotidienne** par la maladie

Souvent définit en comparaison des psychoses :

- Sont considérées comme moins graves
- Prédominance de la conscience du trouble
- Perturbation de l'équilibre interne de la personne et non rapport à réalité et identité
- Mise en place mécanismes de défenses spécifiques

2. Sémiologie :

On observe les symptômes de la névrose dans 3 domaines principaux:

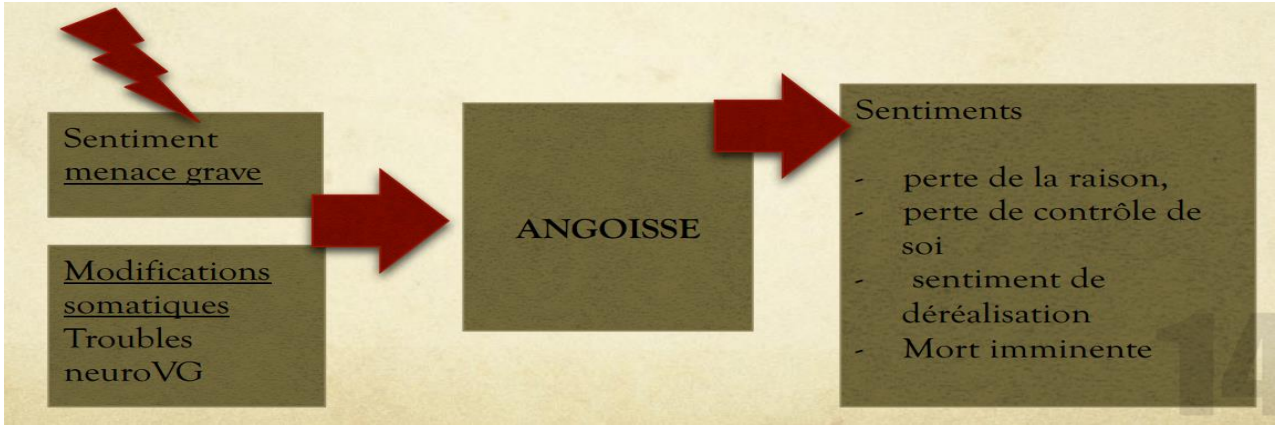
- **Affectivité** : présence angoisse
- **Corps** : présence de manifestations d'allure somatique
- **Pensée** : présence de troubles de pensée
- **Personnalité** : personnalité névrotique

2.1 Dans le domaine de l'affectivité :

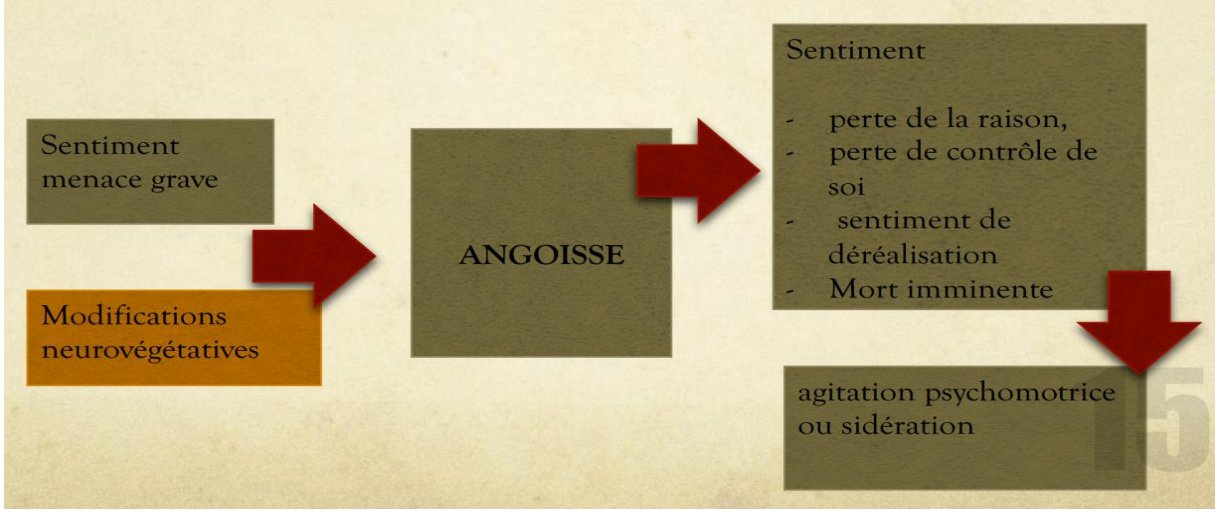
- L'ANGOISSE
- Notions **angoisse** et **anxiété** :
  - ✓ **Anxiété** : renvoie réalité biologique, comportementale et faible expression psychique **(Object anxiogène est repéré)**
  - ✓ **Angoisse** : dimension subjective, psychique **(Objet angoissant est souvent d'origine inconsciente et non repéré)**

Comment se manifeste cette angoisse?

✓ **Intense inquiétude :**



✓ **Angoisse entraîne manifestations neurovégétatives :**



Expressions neurovégétatives d'angoisse :

- **Sphère cardio-vasculaire :** douleur ou gêne thoracique, impression de cœur qui bat trop fort, tachycardie, rougeur, pâleur…
- **Sphère respiratoire :** sensation souffle coupé, dyspnée, accès toux…
- **Sphère digestive :** sensation boule dans le gorge, vomissements, aérophagie…
- **Sphère neuromusculaire et sensorielle** : sensations évanouissements, crampes, secousses musculaires, …
- **Sphère génito-urinaire :** douleurs abdominales, inhibition sexuelle…

Angoisse entraîne réactions comportementales :

- Effet sidération
- Agitation psychomotrice
- Par la suite peut s'installer des **« conduites réassurance »**
  - ✓ Permettent de se défendre d'angoisse

Ex: mise en place de **rituels** dans névrose obsessionnelle

Ex: **conduites évitement** chez névrosés phobiques

2.2 Dans le domaine corporel :

Manifestations d'allure somatique :

- ✓ Symptômes affectant le corps vu, vécu, ressenti…
- ✓ En l'absence de troubles biologiques

Plusieurs sortes :

- ✓ **Somatisations** : plaintes somatiques sans origine biologique
- ✓ **Sexualité** : perte désir, perte plaisir…
- ✓ **Gastrique :** vomissements, nausées…
- ✓ **Sensations douloureuses :** tête, dos …

- **Conversions** : symptômes comme paralysies, anesthésies partielles manifestés surtout dans l'hystérie
- **Déficits** : touchant motricité volontaire et/ou sensibilité Ex: perte sensibilité, anesthésie…
- **Douleurs fréquentes**
- **Sensations corporelles** sans substrat médical interprété par malade comme symptôme d'une maladie
- Préoccupations concernant image du corps (dysmorphophobies) :
  - ✓ manifestations pas toujours présentes
  - ✓ manifestations retrouvées dans autres pathos
  - ✓ manifestations rigides, sans autre alternative, handicapant le quotidien

2.3 Dans le domaine de pensée :

- Certain nombre de troubles de la pensée se manifestant par :
  - ✓ Images
  - ✓ Pensées
  - ✓ Idées récurrentes, handicapantes :
    - **Croyances irrationnelles** : pensées raccourcies et irrationnelles

Ex: **pensée magique**: forme majeure croyances erronées

Ex: **rituels** dans TOC

- **Pensées incontrôlées**: pensées obsédantes dont le patient ne peut se défaire

Ex: **obsession**: idée fixe, intrusive qui est souvent négative

« Mon mari va avoir un accident alors que la personne va bien »

Ex: **compulsion**: tendance impérative à faire certains comportements pour lutter contre une angoisse

« Vérifier 10 fois que la porte d'entrée est bien fermée pour ne pas qu'il arrive malheur »

- **Ruminations mentales:** ressasser des pensées ou actions passées en leur donnant un caractère négatif
- **Doute**: fait de n'être jamais sur de ce qu'on pense, de ce que l'on désire ou des attitudes des autres
- **Troubles de mémoire**: sans origine neurologique Ex: amnésie psychogène: oublie évènement ou partie vie trop angoissant
- **Sentiment d'insécurité**: fait de ne jamais se sentir tranquille

2.4 Dans le domaine de personnalité :

- Angoisse passe d'un état (transitoire) à un trait de personnalité (stable)
- Ensemble des conduites est régie par personnalité rigidifiée sur un mode d'action

  Ex: **névrose phobique**: angoisse concentrée sur un objet

  Personnalité évitante

  - inhibition sociale
  - dévalorisation de soi
  - hypersensibilité regards autres …

3. L'hystérie :

3.1 Définition :

- Hystérie: latin « utérus » associée au féminin
- Pathologie décrite antiquité
- Nombreuses théories pour l'expliquer
  - ✓ **Antiquité**: migration d'utérus dans corps
  - ✓ **XVIe**: maladie des nerfs, de l'esprit
  - ✓ **XIX:** développement psychologie:
    - étant hystérie aux **hommes**,
    - donne une **origine cérébrale**
    - reconnait **facteurs psychologiques**
    - Fait lien avec **difficultés affectives**

- **Charcot (XIXe)** : donne statut maladie à hystérie
  - ✓ Observations dans son service
  - ✓ Mise en avant sémiologie établie

- ✓ PEC de ces patientes

- **Freud (à partir 1893):** développe psychopathologie
  - ✓ Montre importance inconscient, du désir et du fantasme dans apparition symptômes
- « Hystérie est une névrose caractérisée par une hyper expressivité somatique des images, idées et des affects inconscients »

3.2 Sémiologie :

- **Symptômes qui touchent le corps :**

  - ✓ **Troubles du tonus** : mouvements anormaux, paralysies…
  - ✓ **Troubles sensitifs** : anesthésies localisées, douleurs, troubles de la vision, troubles sexuels
  - ✓ **Troubles neurovégétatifs** : spasmes, problèmes gynécologiques, grosses nerveuses…

  ➔ Touchent surtout organes de la relation à autre

- **Symptômes qui touchent le psychisme :**

  - ✓ **Amnésie**: partielle, généralisée, temporaire…
  - ✓ **Somnambulisme**
  - ✓ **États seconds** avec parfois fugues psychogènes…

- **Symptômes qui touchent la relation à l'autre :**

- ✓ Symptômes vécus de **manière dramatisée, excessive**,…
- ✓ Patients **sensibles à suggestion**: beaucoup de comportements en miroir sans garantie réel changement
- ✓ Patients souvent **manipulateur ou séducteur**: attention à la contre attitude en tant que soignant

ATTENTION !!

- ✓ Tous les symptômes ne sont pas présents chez tous les patients
- ✓ Quand même nécessaire retrouver un certain nombre de ces symptômes
- ✓ « Enfants très hystériques »

3.3 L'évolution de la pathologie :

- ✓ Apparaît souvent à la puberté
- ✓ Evolution aux âges charnières de la vie
- ✓ Evolution dans certaines situations qui entraînent une exaltation émotionnelle (mariage, accident …)

4. La névrose obsessionnelle :

4.1 Historique :

- ✓ Latin « obssidere »: assiéger
- ✓ Développement de théorie de cette névrose par Freud et Janet en parallèle de l'hystérie

4.2 Définition :

Névrose obsessionnelle « se définit par **le caractère forcé (compulsions) de sentiments, d'idées ou de conduites qui s'imposent au sujet** en l'entrainant dans une lutte inépuisable »

4.3 Sémiologie :

Obsession :

- ✓ Idée, image, sentiment **qui s'impose**, qui assiège le patient
- ✓ **Entraîne lutte** contre ces obsessions qui augmentent angoisse
- ✓ Notion de répétition

Compulsion :

- ✓ Idée d'un **acte absurde**, incohérent… à **accomplir impérativement**
  Ex: compulsion d'achat, de vérification…

- **Rituels :**

  - ✓ Série fixe d'actes que le sujet se sent contraint d'accomplir
  - ✓ Peuvent parfois prendre un caractère obscène
  - ✓ Nécessite une réalisation parfaite sous peine de recommencer
  - ✓ Pensée magique

- **Vérifications :**

  - ✓ Contrôle de réalisation de certains actes

    Ex: fermeture porte.

  ➔ Extrêmement douloureux pour patient

  ➔ Compulsions ont un but conjuratoire contre angoisse

- **Troubles affectifs et intellectuels :**

  - ✓ Doutes, aboulie, perplexité

ATTENTION !!

- **Tout n'est pas obsession ou rituel**
  - ✓ Nécessité symptômes envahissants, handicapants

4.4 Evolution de la pathologie :

- ✓ Souvent se manifeste surtout à la puberté
- ✓ Développement est souvent progressif et peut entrainer des périodes de passages dépressifs et/ou anxieux

5. La névrose phobique :

- ✓ Pathologie caractérisée par la systématisation de l'angoisse sur des personnes, des situations ou des actes qui deviennent l'objet d'une terreur paralysante
- ✓ Présence d'un mouvement de déplacement d'une angoisse interne sur un objet extérieur = objet « phobogène »
- ✓ **Phobie** = étymologie grecque « phobos » **peur intense** avec Une idée de fuite

5.1 manifestations cliniques :

- ✓ **Grande anxiété** à la vue objet phobogène (manifestation neurovégétatives importantes)
- ✓ **Conduites d'évitements**
- ✓ **Anxiété anticipatoire** (Etat constant d'alerte)

5.2 Plusieurs sortes phobies :

Agoraphobie :

Phobie + **intense et généralisée** à ensemble des **situations ou il y'a de la foule** (Ex: magasins, parcs, rue…)

Phobies sociales :

- ✓ Phobie apparaît dans situation ou patient **va être observé par autrui**
- ✓ **Peur humiliation** ou de **non performance**

Ex: **Ereutophobie**: peur de rougir

Phobies simples :

Phobie rattaché à un objet ou situation clairement reconnu

Ex: peur araignée, peur clown…

5.3 exemples de phobies :

- Acrophobie ➔ Peur des hauteurs
- Thermophobie ➔ Peur de chaleur
- Zoophobie ➔ Peur des animaux
- Aquaphobie ➔ Peur de eau
- Gymnophonie ➔ Peur de la nudité
- Parashevidekatriaphobie ➔ Peur des vendredi 13

ATTENTION !! :

- Nous avons tous des phobies
  - ✓ Les phobies se retrouvent dans toutes pathologies
  - ✓ Mais dans névrose obsessionnelle la phobie est la principale manifestation de l'angoisse
- Chez enfants: phobies font partie du développement normal
  - ✓ **6 ème mois** : peur d'étranger
  - ✓ **jusqu'à 2 ans** : angoisse de séparation avec mère
  - ✓ **à partir de 3 à 4 ans**: terreurs nocturnes, cauchemars, rituels du coucher avec peur du noir
  - ✓ **A 3 à 4 ans**: peur des animaux comme le loup, peur des sorcières

5.4 Evolution de la pathologie :

- Evolution progressive
- Parfois camouflage des symptômes aux yeux de entourage
- Risque effondrement dépressif
- Restriction des activités au quotidien dans but d'éviter les situations phobogènes

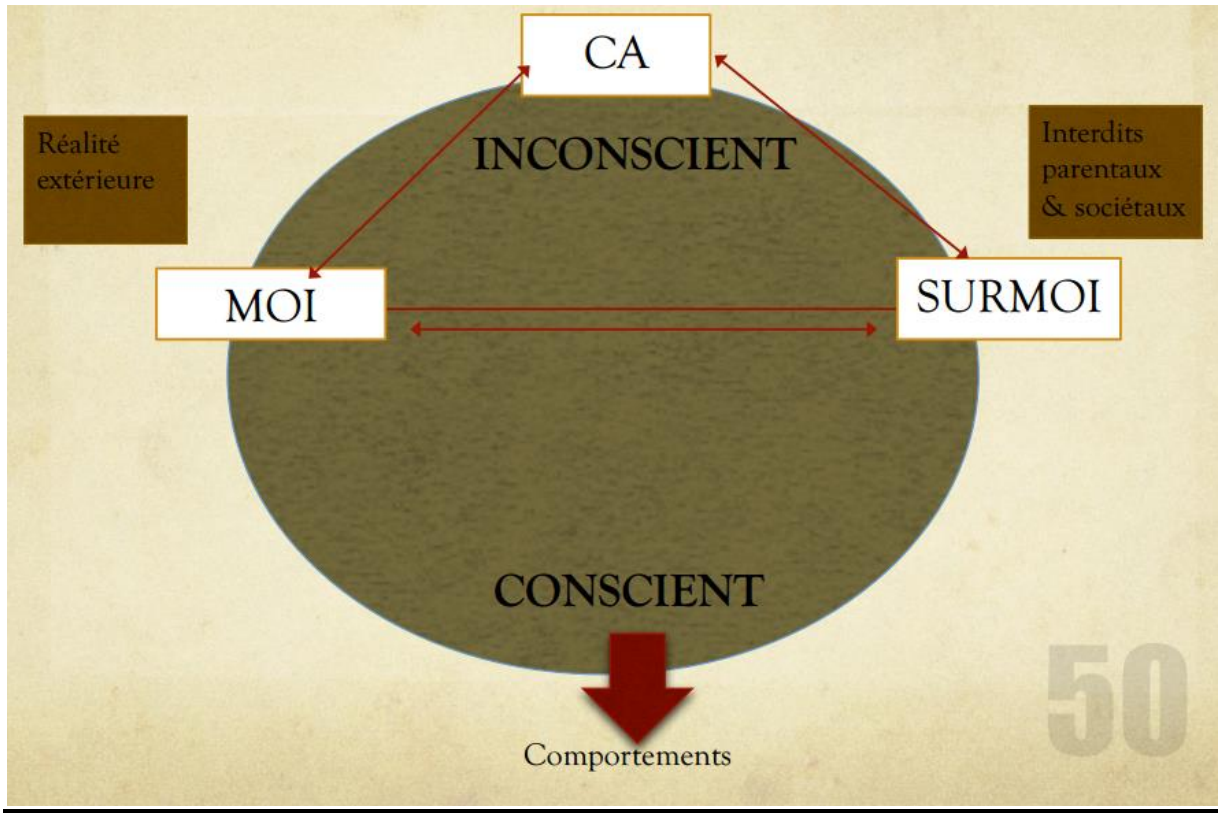
PATHOLOGIE	DOMAINE Principal DES SYMPTOMES	SYMPTÔMES	Exemples
Névrose **hystérique**	- Corps	- Symptômes somatiques - Symptômes psychiques - Relation autrui	Paralysies,.. Amnésie, ... Théâtralisme, miroir, ...
Névrose **obsessionnelle**	- Pensée	- Obsession - Rituels	
Névrose **phobique**	- Pensée	- Phobie	

6. Les causes de la névrose :

6.1 origines des névroses :

- Trouvent causes des névroses à aide des **théories psychanalytiques**
  - ✓ Notamment dans la théorie freudienne

6.2 Psychisme humain :



6.3 Conscient et Inconscient :

Conscient

- lieu où se situe conscience
- C'est là que sont reçues les perceptions du monde extérieur et celles provenant de l'intérieur, le monde des pensées

Inconscient

- Lieu auquel notre pensée n'a pas accès et où se trouvent des contenus refoulés
- Selon Freud, le psychisme de l'Homme est constitué de 3 « entités » principales :
  - ✓ Le ça
  - ✓ Le Moi
  - ✓ Le Surmoi

7. Théorie psychanalytique Freudienne :

7.1 Le ça :

- siège de l'**inné**, des **pulsions**
- Ne subit **pas l'influence de environnement, apprentissage, culture**
- On le retrouve lorsqu'en réfléchissant au pourquoi de certains de nos actes, on se dit **« ça a été plus fort que moi ».**
- Régie par le Principe de plaisir

➔ **présent dès la naissance**

7.2 Le Moi

- siège de la **décision**, sagesse et maitrise émotionnelle de soi
- Régie par le principe de réalité
- Est arbitre entre Ca (cherche plaisir immédiat) et le Surmoi (responsable des interdits)
- met en action les mécanismes de défense face à la perception d'affects déplaisants.
- Il s'exprime par le langage.

53

7.3 Le Surmoi

- le siège de l'acquis, c'est-à-dire des interdits, de la morale, des lois, ... Intégrés par règles émises par parents, société

➔ dernier système à se développer

– **Pas pathologique:**
  - Existence équilibre entre 3 instances
  - Conflits entre 3 sont modérés

– **Pathologie:**
  - Mauvaise équilibre entre 3 instances
  - Conflit intrapsychique
  - **Pathologie arrive comme 1 tentative pour individu de résoudre conflit**

54

8. Approche psychodynamique :

- Importance expériences petite enfance
  - Développement névroses **conséquent à nos expériences de petite enfance**
  - Névroses = **conflits psychiques** provenant de enfance

Comment se développe ces conflits?

- Les stades développement
  - Notre développement psychique se fait par **stades définis**
  - Durant ces stades des **problèmes inconscients** doivent être résolus

---

- Le développement du psychisme se fait au cours de **enfance** durant **5 stades**
  - Stade oral (12-18mois):
    - Principale activité bébé est manger
    - Organe centrale bouche : centre sensation plaisir
    - Fixation à ce stade: personnes qui vont rechercher sensation par bouche
    - Ex: fumer, être dans absorption d'aide d'affection…
  - Stade anal (2ème année vie)
    - Marque début élaboration du Moi
    - Commence comprendre exigences réalité et conscience de soi
    - Principal: éducation à propreté, maitrise des excréments
    - Fixation à ce stade: attitude de « rétention anale » (propreté, ordre…) ou « expulsion anale » (malpropreté, caractère brouillon…)

57

- Stade phallique ou Oedipien (3 à 6ans)
  - Enfant désire avoir pour lui seul le parent sexe opposé et écarter l'autre parent
  - ➔ Complexe Œdipe disparait par refoulement
- Période de latence (jusqu'à puberté)
  - Enfant s'assagit
  - Développement acquisition règles sociales (scolarité)
  - Ensembles pulsions refoulées
- Stade génital
  - Prémisse sexualité adulte
  - Énergie sexuelle localisée organes génitaux et orientée dans rapports sexuels
  - Désirs sont dirigés vers extérieur de famille

58

1- Fixation stade Oedipien pendant enfance

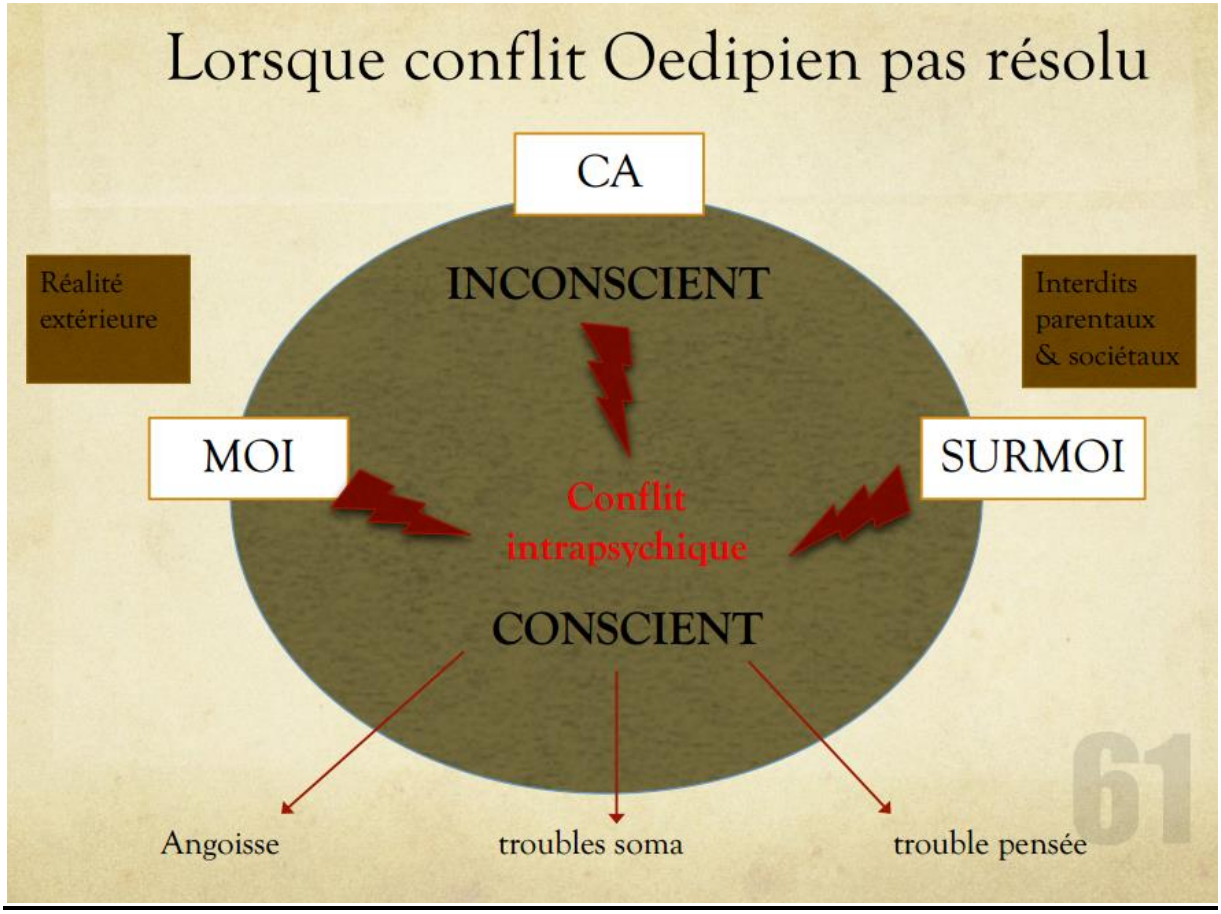
2- Instabilité entre CA, MOI, SURMOI

3- Conflit psychique se traduisant par ANGOISSE

4- Evitement angoisse: passage conscience du conflit dans incs

5- Retour par morceaux du conflit de l'incs au cs via symptômes « retour du refoulé »

- Dans cs apparaît plus que signes du conflit: symptômes
- Mise en place de conduite de réassurance ou d'évitement



9. La névrose chez l'enfant :

- Prudence dans le diagnostic
- Ne peut pas parler de névrose avant stade Oedipien puisque source du conflit
- Pas même organisation que chez adulte
    - ✓ Personne en changement
    - ✓ Labilité des symptômes
    - ✓ Symptômes moins organisés
    - ✓ Conséquents aux remaniements traversés à travers stades de développement

Age	Préoccupations	Principale source de peur	Principaux troubles anxieux retrouvés
Naiss - 6mois	Habiletés sensorielles Capacités adaptatives	Stimuli sensoriels intenses Perte de soutien	
6-12 mois	Schèmes sensorimoteurs Relations causes-effets Permanence de objet	Figures étrangères Séparation	
1-4 ans	Pensée préopératoire Capacité à imaginer Pas de distinction fantasme/ réalité	Créatures imaginaires Agresseurs potentiels Noir	Anxiété de séparation
5-7 ans	Pensée opératoire Capacité à raisonner dans des termes concrets	Catastrophes naturelles Accidents corporels Animaux Peur induite par médias	Phobie animaux, sang TOC Plaintes somatiques
8 - 11ans	Réussite athlétiques et scolaires	Piètres performances	Anxiété pré-contrôles Phobie scolaire
12 - 18 ans	Anticipation dangers Relations avec pairs	Exclusion par pairs	Phobie sociale Agoraphobie

Prises en charge des névroses

- Sur le **plan psychothérapeutique:**
  - Psychothérapie d'inspiration analytique
    - Travail autour des **origines du symptômes**
    - Par **associations libres**

    ++: permettent **travail approfondit de cause angoisse**

    ~: **longues, couteuses**

  - Psychothérapie cognitivo-comportementale
    - Travail sur le **symptôme**
    - Par **désensibilisation, déconditionnement**

    ++: **courtes,** efficaces pour diminuer symptôme

    ~: **pas résolution conflit base**, risque déplacement symptôme

64

Prises en charge des névroses

- Traitements médicamenteux:
  - Anxiété
    - Anxiolytiques
  - Troubles neurovégétatifs
    - Benzodiazépines
  - Difficultés conséquentes au trouble
    - Ex: dépression: antidépresseurs

Travailler avec des personnes névrosées

- Difficultés rencontrées:
  - Atteinte relation à autre
    - Attention à ses contre attitudes
  - Intensité trouble malgré conscience trouble
  - Souffrance peut être exacerbée ou intériorisée et silencieuse
- Outils:
  - Cadre de l'institution: parfois objet de persécution parfois nécessité pr le patient
  - Nécessité travail en équipe

66

Attitudes

- Acceptation inconditionnelle
  - Capacité recevoir sans jugement valeur
- Climat de confiance
- Empathie

Chapitre 4 : Anorexie mentale

1. Introduction :

L'anorexie mentale est un trouble de l'alimentation qui affecte principalement les jeunes femmes. Les personnes souffrant d'anorexie ont une peur intense de prendre du poids et de perdre contrôle de la forme de leur corps.

Le manque de nutrition adéquate peut entraîner des problèmes de santé physique et mentale, si bien que l'anorexie doit être traitée dès que possible.

L'anorexie mentale commence souvent entre les âges de 15 et de 25 ans, mais peut atteindre des enfants dès l'âge de 10 ans et les personnes plus âgées. Bien que 90 % des personnes atteintes d'anorexie soient des femmes, l'anorexie peut aussi affecter les hommes.

Il est difficile d'estimer à quel point l'anorexie mentale est répandue mais, d'après les recherches, 1 % des jeunes filles (de 15 à 25 ans) en sont atteintes.

2. Symptômes :

Le symptôme physique principal de l'anorexie est la perte de poids due à une ingestion insuffisante d'aliments. Les enfants atteints d'anorexie peuvent quand même prendre du poids, mais à une vitesse inférieure à celle des enfants de leur âge.

Les autres symptômes sont les douleurs d'estomac, la constipation ou la diarrhée; les évanouissements et les vertiges; la sécheresse, la rugosité et la décoloration de la peau; les cheveux devenant fins, cassants et la chute des cheveux; les problèmes de dents dus à l'acide de l'estomac rongeant l'émail des dents suite à des vomissements répétés; l'insomnie et la fatigue.

Les femmes souffrant d'anorexie ont souvent une interruption des règles. Chez les enfants et les adolescents, l'anorexie peut retarder la puberté et entraîner des problèmes de développement physique.

L’anorexie peut causer des changements de personnalité et de comportement.

Une personne atteinte d’anorexie peut éprouver une peur intense de prendre du poids et avoir une perception déformée de son propre corps: un poids sain et normal peut les rendre tendues et paniquées.

Elles peuvent devenir déprimées, introverties ou agitées; éprouver de brusques changements d’humeur; perdre intérêt à leurs activités normales; faire trop d’exercice; commencer à se faire vomir en secret ou prendre des laxatifs; utiliser des coupe-faim ou des diurétiques.

3. Causes :

La cause exacte de l’anorexie mentale est inconnue. C’est une situation complexe probablement due à un mélange de facteurs biologiques et sociaux: pression de la société d’être mince afin d’être attirante sexuellement, histoire familiale (génétique), type de personnalité et relations familiales.

D’après les recherches, le stress, des expériences difficiles et la confusion due à la maturation sexuelle peuvent aussi être des facteurs déclenchant de l’anorexie.

4. Diagnostic :

Une personne atteinte d’anorexie a un poids généralement au moins 15 % inférieur au poids qu’elle devrait avoir pour sa taille et son âge.

Le diagnostic consiste à évaluer les facteurs psychologiques et physiques. Il peut nécessiter l’évaluation de l’attitude par rapport au poids, aux aliments, aux régimes et à l’image de soi.

Il peut être difficile de diagnostiquer l’anorexie mentale, car la plupart des personnes qui en sont atteintes refusent d’admettre qu’elles sont malades.

Généralement, c’est un membre de la famille qui les emmène consulté. D'autre part, l'anorexie n'atteint pas tous les individus avec

la même gravité. Une personne anorexique peut consulter son médecin en raison de symptômes tels que l'interruption des règles, une douleur abdominale, des ballonnements ou de la constipation.

5. Conduite à tenir :

Dans la plupart des thérapies, il est préconisé de prescrire :

- La réhydratation impérative par le billet d'une perfusion (**avec un sérum salée**)
- Correction pondérale (mesure systématiquement du poids).

Chapitre 5 : La Confusion mentale

1. Définition :

Il s'agit d'un état aigu transitoire, réversible, associant

- une obnubilation de la conscience
- une désorientation spatiale et temporelle
- un état de délire onirique
- des troubles somatiques

Traduisant un état de souffrance cérébrale dont l'étiologie est à repérer le plus rapidement possible afin de proposer une thérapeutique salvatrice.

2. Sémiologie :

2.1 Début :

- progressif en quelques jours, céphalées, troubles du sommeil, irritabilité, troubles de l'humeur.
- parfois brutal, obnubilations, désorientation, accès d'onirisme entraînant des troubles du comportement

2.2 Etat :

- présentation : hébété, maladroit, négligé
- obnubilation de la conscience variable, discours peu cohérent
- difficultés perceptives, fausses reconnaissances, troubles de l'activité synthétique de la pensée, accès de perplexité anxieuse traduisant le désarroi du patient qui a conscience de l'état
- troubles intellectuels : trouble de l'attention, inadaptation aux perceptions, désorientation temporo-spatiale, trouble de la mémoire, trouble du jugement et de la critique, propos décousus incohérents, comportements inappropriés

• délire onirique, rencontré dans un cas sur deux environ. Très variable selon les étiologies et selon la journée (soir, obscurité). Le sujet est pris en masse dans un contexte émotionnel et affectif alimenté par des hallucinations visuelles (zoopsies) auditives et tactiles, des illusions, des interprétations, centrés sur des thèmes de persécution ou d'activités professionnelles.

• les signes somatiques, déshydratation plus ou moins sévère, désordre neurovégétatif.

Hyperthermie sans origine infectieuse, trouble durythme respiratoire, hypotension artérielle, insomnie constante avec somnolence diurne. Troubles neurologiques, céphalées, raideur de la nuque, modification réflexe.

L'hospitalisation doit être effectuée le plus rapidement possible en vue d'un bilan paraclinique (E.E.G, scanner).

3. Forme Clinique :

3.1 Symptômes :

• stuporeux, agités, délirants

• delirium tremens avec ses troubles moteurs : tremblement des extrémités et de la région orale, hyperthermie maligne.

3.2 Evolution :

• Dépend de l'étiologie

• dans les formes psychiques, guérison sans séquelles mais avec amnésie lacunaire fréquente:

Il peut subsister des idées fixes post-oniriques, fondement d'un état délirant chronique. L'état confusionnel peut évoluer vers un processus démentiel. Le délire aigu, rare, est marqué par l'hyperazotémie nécessitant une réanimation d'urgence.

4. Diagnostic Différentiel :

4.1 Les troubles psychotiques :

La bouffée délirante, (hallucinations auditives plus marquées, troubles de l'identité plus que de la conscience, négativité des explorations complémentaires), **état d'agitation maniaque** dans les formes agitées, existence d'antécédents, pas de véritable trouble de la conscience. **Mélancolies** stuporeuses moins variables dans le temps, existence d'antécédents familiaux, négativité des explorations.

4.2 : Les autres troubles psycho-organiques :

Les démences: la perplexité est moindre, ainsi que le délire onirique. L'évolution est chronique, sans fluctuation, mais beaucoup de personnes âgées présentent des états confuso-démentiels.

NB : Chez les personnes les plus de 60 ans ayant une confusion mentale devraient être surveillé avec rigueur.

5. Etiologie :

Multiple ; il faut toujours rechercher une cause organique.

5.1 Causes toxiques :

5.1.1 Exogènes :

• alcoolisme : ivresse confusionnelle, delirium tremens, sevrage brutal, amélioration rapide actuellement mais pronostic en fonction de la dépendance à l'alcool, encéphalopathie de Gayet

• intoxication psychoactive : Haschich ; éther à forte dose, solvant, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, opiacées. Evoquer aussi le sevrage.

• Intoxication professionnelle ou accidentelle : oxyde de carbone, plomb, arsenic.

• intoxication médicamenteuse, notamment chez la personne âgée : antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, corticoïdes, antibiotiques ...

5.1.2. Endogènes :

• troubles métaboliques : hyper ou déshydratation, hypô par carence sodée (Addison), troubles glucidiques (hypo), troubles cardiologiques et respiratoires, causes rénales, pancréatites

• troubles endocriniens : hypo ou hyperthyroïdie, insuffisance surrénale,

5.2 Causes neurologiques :

Encéphalite, tumeur cérébrale, hypertension intracrânienne, A.V.C., encéphalite hypertensive, T.C., hématome extra-dural, épilepsie.

5.3. Causes infectieuses :

Typhoïde, Brucellose, syphilis, paludisme, sida, rickettsiose.

5.4 Causes psychiatrique :

Émotion au cours de catastrophes naturelles, d'accident, de guerre. La frayeur fait éclater les défenses : fragilité de la personnalité, schizoïde, schizotypique, phobique, psychose puerpérale.

6 : Traitement :

En milieu hospitalier.

6.1 Traitement symptomatique :

• soins généraux, chambre calme, éclairée et surveillée. Traitement, tension artérielle, température, relation.

• sédation de l'agitation par neuroleptiques, anxiolytiques, benzodiazépines I.M. toutes les 4 heures avec surveillance stricte.

• réhydratation qui devient possible par voie orale (3 à 6 litres) + apport calorique, vitamines, sinon réanimation dans les cas graves.

6.2 Traitement étiologique :

Orientation éventuelle vers des services spécialisés : réanimation, infectiologie, neurochirurgie, etc.

Chapitre 6 : la mélancolie

1. Définition de la mélancolie :

Etat de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale, et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices. Cette dépression profonde de l'humeur est marquée par:

- une inhibition psychomotrice (perte de l'initiative, ralentissement psychomoteur, parfois état de stupeur...),
- une douleur morale intense avec désespoir, anxiété majeure et auto dépréciation,
- des idées délirantes sur le thème de l'indignité, de la culpabilité, de la ruine...
- un risque suicidaire élevé.

La mélancolie est un versant grave de la dépression. Elle s'inscrit de ce fait dans la PMD (voir le dossier "**psychose maniaco dépressive**"). C'est alors l'opposé de la manie.

2. Signes cliniques :

La mélancolie représente la forme majeure des états dépressifs (voir le dossier "dépression"). Qu'elle soit réactionnelle à un événement ou d'apparence spontanée, elle s'installe progressivement sur plusieurs semaines. Il n'existe généralement aucun rapport compréhensible entre les symptômes mélancoliques et la situation familiale ou sociale du patient. Cependant, un événement psychologique émotionnel a pu jouer le rôle de facteur déclenchant.

2.1 Début :

Le début est habituellement progressif et insidieux. Pendant quelques semaines le malade se sent envahi par le découragement, l'insécurité. Il devient sombre, pessimiste, morose, sans élan. Son humeur est triste. La fatigue et un malaise général lui font cesser ses activités sociales, professionnelles... "Je ne suis plus comme avant"

se dit-il. Sa volonté s'effondre et il se désintéresse de toute distraction. Il se reproche de ne plus aimer comme avant les siens, d'avoir vis à vis d'eux une certaine indifférence. L'insomnie est précoce et constante.

Quand il parvient à s'endormir, c'est pour se réveiller définitivement au bout d'une heure. Le patient éprouve des sensations physiques pénibles dans le corps, maigrit, souffre de céphalées...

L'entourage commencera à s'inquiéter au vu de ces troubles.

2.2 Période d'état :

Elle se trouve réalisée en quelques semaines, plus rarement en deux ou trois mois. L'aspect du mélancolique est pâle, prostré, immobile, muet ou ne proférant que plaintes et gémissements. Son visage devient tragique, ses traits sont décomposés. Il refuse toute nourriture, déambule lentement jour et nuit en proie à une angoisse très perceptible. Chez les femmes, on constate souvent une aménorrhée. Le ralentissement du tractus digestif entraîne des constipations, de l'aérophagie. Le patient a un pouls inconstant, une tendance à l'hypotension. Quand il communique, c'est pour s'accuser de fautes antérieures ou demander qu'on mette fin à sa vie. Il existe alors un grand risque suicidaire (impulsion-suicide). Le syndrome mélancolique comprend une humeur triste, un ralentissement idéomoteur, des idées de suicide, une réticence aux sollicitations, des insomnies, des troubles digestifs, une perte d'appétit, un désintérêt global. La communication, quand elle démarre, est lente, les réponses sont proférées à voix basse, entrecoupées de soupirs. Le discours est centré sur le patient, rien d'autre n'existe. Toutes ces idées pessimistes orientées vers la faute ou le malheur ont pour conséquence les conduites suicidaires du mélancolique.

2.3 La réticence :

C'est un symptôme très fréquent, à tous les stades de la maladie. Le malade ne parle pas, ou bien parle mais dissimule, diminue, amoindrit les troubles qui l'envahissent. Il taira en particulier les idées de suicide. La réticence est un signe de dangerosité, notion que le soignant devra avoir régulièrement à l'esprit. Une amélioration apparente pourra n'être qu'une façade pour endormir la surveillance.

3. Formes sémiologiques :

3.1 Mélancolie stuporeuse :

Dans cette forme, le ralentissement idéomoteur est maximum. Au cours de l'état de stupeur mélancolique, les mouvements volontaires sont suspendus, et il existe une véritable sidération des activités motrices de l'expression. Le visage est inexpressif, figé dans une mimique de tristesse intense. Les paupières sont immobiles, le regard est fixe, des larmes apparaissent parfois. Attention : les idées mélancoliques demeurent très actives et il faut craindre le raptus de suicide chez ce patient. On note un opposition à tout essai d'alimentation.

3.2 Mélancolie anxieuse ou délirante :

Le ralentissement idéomoteur disparaît au profit de l'agitation anxieuse. Le patient ne peut tenir en place, va et vient, guette aux portes. Il est aux aguets, se lamente, essaie de fuir devant un danger imaginaire. La peur est l'élément dominant de cette forme de mélancolie, et elle est vécue comme une véritable panique. Le mélancolique anxieux est en proie à une dramatique agitation. Dans certains cas on notera la présence envahissante de délire à thème de persécution, ou hypocondriaque (certains auteurs classeront la mélancolie délirante dans une catégorie distincte de la mélancolie anxieuse).

4. Formes étiologiques :

4.1 Psychose maniaco-dépressive :

La mélancolie représente la phase d'humeur triste et de sentiments dépressifs d'une affection mentale caractérisée par l'alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques. Ces accès aigus sont séparés par un intervalle au cours duquel le sujet vit normalement, en parfaite relation avec son entourage. La mélancolie peut aussi représenter la seule forme de renouvellement des accès (mélancolie intermittente, ou PMD unipolaire). Le début de l'affection se situe avant la quarantaine. La période d'état est représentée par un accès de mélancolie franche aiguë. On recherchera pour confirmer le

diagnostic: la fréquence des antécédents familiaux (mélancolie et manie), le caractère cyclothymique du patient avec tendance fondamentale à des oscillations de l'humeur... le pronostic à long terme est celui de la récidive, surtout s'il existe une répétition fréquente des accès dès le jeune âge.

4.2 Mélancolie d'involution :

L'accès mélancolique apparaît à l'âge moyen de la vie (après 50 ans) et surtout chez les femmes. Cette mélancolie est caractérisée par une absence d'antécédents psychiatriques personnels, un fond de personnalité obsessionnelle (méticulosité, recherche de l'ordre, entêtement), des craintes hypocondriaques, des manifestations hystériformes avec maniérisme et théâtralisme, de l'angoisse et de l'agitation. Le syndrome mélancolique est alors d'installation progressive, plus souvent modéré que sévère. La mélancolie d'involution survient souvent à la suite de deuils, de difficultés sociales ou professionnelles...

En résumé : des crises de mélancolie, apparaissant au-delà de la cinquantaine, sans passé cyclothymique (alternance maniaco - dépressive), doivent faire évoquer une mélancolie d'involution (ou présénile). Cela s'observera plus souvent chez une femme, et aura pu être déclenché par un choc affectif. La présentation du sujet sera particulière, en une sorte d'état mixte où agitation et dépression coexistent, avec de fréquentes manifestations théâtrales (hystériques) et des hallucinations. Son évolution est relativement plus favorable bien qu'il existe néanmoins un risque d'évolution vers un affaiblissement intellectuel progressif, ou vers un délire chronique avec préoccupations hypocondriaques.

5. Formes symptomatiques :

5.1 États mélancoliques symptomatiques d'affections cérébrales ou générales :

Beaucoup plus rarement un accès mélancolique peut se développer après un trauma crânien, ou au cours de méningo-encéphalites, de tumeurs cérébrales, de troubles endocriniens... ces états pourront également s'observer dans l'épilepsie, ou au cours d'affections générales comme la tuberculose.

5.2 états mélancoliques symptomatiques d'affections psychiatriques :

On rencontre ces états dans la phase de début des démences séniles ou préséniles, et de certains délires chroniques comme dans la PHC (psychose hallucinatoire chronique). Les dépressions mélancoliques symptomatiques sont généralement transitoires.

6. Suicide et risque suicidaire :

Le risque suicidaire est difficile à évaluer, mais schématiquement on peut opposer deux circonstances :

• Celle où il est latent, non exprimé, clairement perçu par l'entourage. C'est la circonstance la plus sérieuse, définissant réellement un "accès mélancolique vrai".

• Celle où il est annoncé bruyamment (suicide chantage) au cours d'un état dépressif sur terrain névrotique non périodique.

Le suicide peut se faire sous différentes formes, de façon bien préparée, cachée, ou par impulsion, lors d'un raptus. Le refus d'aliments représente également un moyen de se suicider. Le suicide du mélancolique peut aussi être altruiste. Le patient agit alors pour lui et pour les autres, entraînant son entourage dans la mort. En fait, on comprend dans les conduites suicidaires : les conduites passives par le refus de s'alimenter, le suicide systématiquement préparé, le raptus de suicide ou impulsion fulgurante à se donner la mort, et enfin le suicide collectif avec véritable massacre familial. Les moyens de suicide sont multiples (strangulation, coupures, armes à feu, immolation, empoisonnement... etc.).

7. Le délire :

La mélancolie peut revêtir plusieurs aspects. Il pourra ainsi y avoir l'apparition de thèmes délirants (persécutifs ou hypocondriaques) pouvant poser des problèmes thérapeutiques particuliers (voir le dossier "délire").

7.1 Délire mélancolique aigu de persécution :

Les idées de persécution sont exposées sur un mode monotone. Elles sont stéréotypées et passives. Elles portent sur le passé, comme par exemple les propos malveillants des voisins, la méchanceté d'un collègue... Il y a une conviction absolue du patient. On note de fréquentes interprétations, des illusions (un visiteur est pris pour un policier qui vient l'arrêter), et l'absence habituelle de réactions hétéro-agressives. Le persécuté mélancolique ne devient jamais persécuteur. Il ne riposte pas, mais a tendance à se soustraire par la fuite, le suicide ou l'automutilation. L'évolution après l'accès mélancolique pourra parfois se faire vers une forme chronique (délire de persécution post- mélancolique) où le patient conservera ses idées d'autoaccusation ou se mettra à solliciter les autres pour les supplier de cesser leurs persécutions.

7.2 Délire hypocondriaque de négation :

Les idées hypocondriaques sont marquées par la bizarrerie et le fantastique. Ce sont généralement des idées de damnation, de négation d'organes. Le corps du patient n'existe plus, le foie ou l'estomac sont pourris, les intestins sont bouchés. Il pourra aussi y avoir un animal qui habite dans leur corps. Idées de transformation ou d'énormité corporelle externe... etc. L'évolution après l'accès mélancolique verra parfois se chroniciser ce délire, avec l'ajout de thèmes démoniaques, d'immortalité...

8. Diagnostics différentiels :

- Un accès mélancolique peut marquer comme nous l'avons vu le début d'une démence précoce. Cette dépression atypique aura alors tendance à traîner en comportant des symptômes discordants. On notera ainsi entre autres une atonie affective très particulière, bien différente de la panique aiguë du mélancolique vrai (accès au dossier "démence").

- Les épisodes dépressifs de la schizophrénie. Se rencontrent parfois en phase prémonitoire de la maladie, parfois au cours de celle-ci (accès au dossier "schizophrénie").

- Un état dépressif névrotique dépendra d'événements malheureux de l'existence. Les troubles de l'humeur y seront peu prononcés, et on n'observera pas cette douleur morale intense particulière à la mélancolie. De même, le patient n'aura pas trop de difficultés à s'exprimer.

- Une stupeur confusionnelle pourra s'observer au cours des infections par toxiques, après une crise d'épilepsie, dans des cas de névrose hystérique...

- Une stupeur catatonique avec sourires discordants, position foetale, mouvements parasites des membres s'observera dans certaines formes de schizophrénie. On notera alors aussi le négativisme, l'opposition active aux tentatives de mobilisation, parfois la catalepsie (maintien passif des attitudes même pénibles).

- (accès au dossier "psychiatrie")

9.Traitement d'urgence :

Cette recherche de la mort et ce refus des moyens de vivre (refus de nourriture, perte des instincts de conservation...) vont dicter une conduite urgente. Ce sera l'hospitalisation avec la mise en place d'un traitement antidépresseur (pharmacologie par voie parentérale), ou par sismothérapie (si c'est une question d'heures), associé à une nutrition et une hydratation immédiates. L'utilisation des antidépresseurs et celle des neuroleptiques sédatifs permettent généralement d'obtenir en une ou deux semaines la guérison de deux cas sur trois. La mélancolie délirante en particulier répond assez bien aux traitements antidépresseurs. La fin de l'accès mélancolique se fait habituellement à l'hôpital en quelques semaines: soit de manière brutale, notamment avec les cures de sismothérapie (il faut alors se méfier des rechutes), soit de manière progressive avec les seuls traitements médicamenteux (le risque suicidaire dure alors plus longtemps).

L'ambiance autour du patient doit être faite d'attitude généreuse, de soutien fondé sur la compréhension de la douleur morale. L'isolement relatif est prescrit selon l'effet des visites sur le patient. La surveillance du risque suicidaire sera constante sans trop peser. La

pose quotidienne de perfusions d'antidépresseur sera l'occasion d'être présent au lit du patient pour l'engager à exprimer son mal- être. Attention à la levée de l'inhibition qui survient après quelques jours de traitement antidépresseur (entre autre avec l'Anafranil): on associera souvent pour y remédier un anxiolytique ou un neuroleptique (à action anxiolytique et sédative comme le Tercian par exemple).

La sismothérapie : la cure d'électrochocs demeure particulièrement indiquée dans la mélancolie anxieuse ou agitée. Elle est précédée d'une exploration minutieuse de l'appareil cardiovasculaire. Le nombre des séances est de 6 à 8 à raison d'une séance tous les deux ou trois jours. Les électrochocs sont faits sous narcose (pour supprimer l'appréhension et l'anxiété) avec prémédication curarisante (pour éviter les risques de luxation ou de fractures). (voir le dossier "sismothérapie").

10. Traitement d'entretien :

On passera de la perfusion au traitement per os (comprimés ou gouttes buvables). La diminution progressive du traitement pharmacologique sera étalée sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Son arrêt total pose toujours un problème délicat.

11. Evolution :

La mélancolie évolue spontanément, d'une manière périodique, dans le cadre de la psychose maniaco dépressive. La fin de la crise mélancolique pourra prendre deux ou trois mois sans traitement. La découverte de la sismothérapie et des antidépresseurs a transformé le destin des patients. Les traitements réduisent la durée des crises et évitent généralement ou espacent leur survenue. La fin de l'accès mélancolique est marquée par la régularisation du sommeil et de l'appétit. Le patient fait généralement la critique des troubles qu'il manifestait. Le pronostic immédiat est bon, le malade retrouvant son état mental antérieur. Par contre le pronostic sur le long terme doit être réservé car il y a possibilité de nouveaux accès qui ont tendance à se rapprocher au fur et à mesure que l'âge avance. Les rémissions entre les accès pourront aussi avoir tendance à devenir incomplètes.

12. Complications :

Une rechute en période de convalescence pourra avoir lieu, et c'est alors avec un grand danger de suicide. Il y a aussi le risque d'un virage très rapide à l'accès maniaque sous traitement, avec passage éventuel au délire aigu.

Chapitre 7 : La Toxicomanie

1. **Définition :**

- **L'addiction :** est "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements".
- **La dépendance** c'est :

1. la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance ou d'une activité addictive.

2. le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire – quels que soient les signes de destruction physique ou psychique.

- Cette dépendance peut aller d'une simple habitude à des dépendances impliquant un potentiel de destruction physique et mentale.
- La dépendance peut porter sur des substances (médicaments, drogues, etc.) ou non (travail, jeux,Internet, etc.).
- **La toxicomanie** : est "un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci".
- **La toxicomanie** représente donc une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue. L'OMS préfère même au terme de "toxicomanie", celui de "pharmacodépendance".
- **Une drogue** : « toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur. En ce sens, tout médicament peut être désigné par le mot drogue. Selon l'usage qui en est fait, les drogues peuvent être employées à des fins médicales ou à des fins non médicales. Seules les substances susceptibles de modifier la fonction psychique (y compris l'alcool) peuvent être retenues comme drogues.Ce sont les drogues psychotropes, c'est-à-dire l'ensemble des substances d'origine naturelle ou synthétique qui peuvent, par leur action sur le système nerveux central, modifier l'activité mentale, les sensations, les comportements… »

2. Les principales drogues illicites et licites : leurs actions :

- L'héroïne
- La cocaïne
- Le cannabis
- L'ecstasy et autres (Gamma OH ou GHB)
- L'alcool
- Le tabac

2.1 L'héroïne : ses effets :

- ✓ Elle provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Elle agit comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur. Les effets recherchés peuvent traduire un mal-être psychique, une souffrance, un besoin d'oubli.
- ✓ L'effet immédiat de l'héroïne est de type "orgasmique". C'est un "flash".
- ✓ Il est suivi d'une sensation d'euphorie puis de somnolence, accompagnée parfois de nausées, de vertiges, et d'un ralentissement du rythme cardiaque.

2.2 La cocaïne : ses effets :

Que ressent le consommateur?

- Un sentiment d'euphorie
- Une augmentation de l'activité sexuelle

Mais aussi des effets secondaires

Tremblements, impatiences, tachycardie, hypertension artérielle, vasoconstriction, dilatation pupillaire, augmentation de la température

Que devient la cocaïne dans le corps ?

- Pic plasmatique : 5 à 30 min / Demi-vie : 38 min
- Activité : 2 à 4 heures / Traces : jusqu'à 3 jours dans les urines

Avec quels accidents ?

- Réaction toxique/Mort subite par arrêt cardiaque et hémorragie cérébrale
- État de mal épileptique

Quels effets psychiques ?

- Agitation / Irritabilité
- Psychose induite / Delirium / Confusion / Agitation hallucination, délire interprétatif ou persécutif
- Délire paranoïaque quand associé à la méthadone

Après le sevrage de la cocaïne

- Crash : 9 heures à 14 jours
- Syndrome dépressif
- Épuisement
- Pouvant durer jusqu'à 10 semaines, avec anxiété, dépression, anhédonie (insensibilité au plaisir) ++, 3ème phase : le sujet a l'air guéri mais craving (envie irrésistible) récurrent avec rechutes par indices mineurs ➔ **Nécessite une psychothérapie spécifique**.

2.3 Cannabis, marijuana, haschich: ses effets:

- Baisse de l'attention et de la concentration, difficultés scolaires
- Modification de la motricité et de la coordination ➔ mauvaises appréciations des situations
- Palpitations, bouche sèche, yeux rouges, parfois nausées
- Chez les sujets fragiles : hallucinations, dédoublement de la personnalité, …
- Comportement illicite pour se procurer le produit
- **Organes cibles :**
  - Poumons (cancer, inflammations, bronchiques asthme …)
  - Cerveau
  - Appareil CV (AVC, mort)
  - Fertilité

2.4 L'alcool : la dépendance à l'alcool :

Il faut distinguer :

- **L'alcoolisme aigu**, état d'ivresse ou d'intoxication résultant d'une forte consommation d'alcool qui peut être unique ou isolée (potentiellement mortelle la 1ère et unique fois).
- **L'alcoolisme chronique** qui concerne les sujets absorbant quotidiennement, et depuis une période de plusieurs mois ou années, des quantités importantes d'alcool.

2.5 Le tabac : les principales cibles :

- Cancers, troubles cardio-vasculaires et respiratoires.
- 90% des cancers du poumon seraient dus au tabagisme
- les complications cardio-vasculaires : l'angine de poitrine, l'accident vasculaire cérébral, l'artérite des membres inférieurs
- La bronchite chronique, l'insuffisance respiratoire
- Le cancer de la vessie …

3. Addictions et Grossesse :

Ils sont tous dangereux pour le fœtus :

- **L'alcool :**
  - Syndrome d'alcoolisme fœtal (dysmorphie, malformations, retard psychomoteur …)
  - En début de grossesse fausse couche, malformations
  - En fin de grossesse retard de croissance, retard psychomoteur)

- **Le tabagisme et le cannabis en raison du taux de CO :**
  - Petit poids, malformations, prématurité, complications à l'accouchement …

Autres toxicomanies :

- En lien avec le contexte psychique et social de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérine
- Menace d'accouchement prématuré
- Syndrome de sevrage du bébé à la naissance (trémulations, excitation…)
- Infections transmises par les injections IV

Chapitre 8 : Le Programme de Lutte Contre la Toxicomanie

1. Populations cibles :

- ✓ La population générale
- ✓ Les usagers de drogues
- ✓ Les tranches vulnérables de la population.

2. Objectifs du programme :

- ❖ La prévention des toxicomanies parmi les jeunes et les populations vulnérables, associée à la promotion de la santé mentale.
- ❖ L'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers de drogues.
- ❖ La réduction des risques d'infection VIH/SIDA et Hépatites C chez les usagers de drogues injectables.
- ❖ Le traitement des toxicomanies et la réhabilitation des usagers de drogues.
- ❖ La lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues.

3. Activités réalisées :

- ❖ Réalisation de l'enquête nationale avec un volet usages de drogues et toxicomanies
- ❖ Réalisation d'une Evaluation rapide de la situation des risques VIH/SIDA chez les usagers de drogues injectables sur 4 villes du Royaume
- ❖ La mise en place de la nouvelle Stratégie Nationale en matière de Lutte contre les Toxicomanies et l'élaboration d'un Plan d'Action 2008-2012 en matière de lutte contre les toxicomanies
- ❖ Adoption d'une stratégie nationale et implantation d'un dispositif global de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables

- Implantation du Pôle de Référence pour la formation et le renforcement des capacités de la Société Civile en matière de Réduction des Risques: « Knowledge Hub - Menahra-Maroc ».
- Adhésion au Réseau Mednet ou Réseau Méditerranéen pour la lutte contre les Toxicomanies.

Chapitre 9 : Les Maladies Psychosomatiques

On appelle maladie psychosomatique toute les pathologies associant 2 pôles de souffrances :

1. **<u>La souffrance somatique :</u>**

On appelle « soma » ➔ « corps », c'est l'ensemble de territoire de l'organisme et de ces organes lors d'une souffrance psychosomatique, on assiste à certaines douleurs voire inflammation sans qu'il y ait ni de dysfonctionnement physiologique ni de lésions ni de formation atypique d'organe. Après examens on constate que l'organe est indemne.

2. **<u>La souffrance psychique :</u>**

On assiste à des multiples insomnies sensibles aux hypnotiques munis des douleurs dorsales qui ne se corrigent pas par **les anti-inflammatoires**, ni **corticoïdes**. Dans certains tableaux (**Colopathies**) on assiste à un trouble digestif associé à des migraines non corrigeable par les paracétamols.

3. **<u>Traitement :</u>**

- De faite que la souffrance est bipolaire, la combinaison thérapeutique est impérative.
- Traitement pour initier l'organe à prendre sa forme (vasodilatateurs, anti-acide) plus bien entendu un régime adéquat.
- La prescription d'un inducteur de sommeil est impérative en raison de corriger les phénomènes de sommeils et certaines douleurs inhérents à cette souffrance psychosomatique.

NB :

Les traitements unipolaires sont les plus observés par les médecins généralistes et qui risquent d'aggraver la situation en évoluant à certains tableaux psychiatriques non souhaités.

Chapitre 10 : Les Névroses (Résumé)

Définition :

C'est l'ensemble des affections dont on ne trouve ni délire ni hallucination, il s'agit de troubles de comportement attribués aux 4 principales névroses qui sont :

1. **Névrose Hystérique :**

Qui se caractérise par les symptômes suivant :

- ✓ **Le théâtralisme :** le choix du milieu de la manifestation de la crise
- ✓ **Maquillage exagérée**
- ✓ **Nymphomanie** (absence de désire sexuel)
- ✓ **Isolement des patients du sexe masculin au niveau familial**

2. **Névrose Obsessionnel :**

Qui se caractérise par les symptômes suivant :

- ✓ **Hygiène exagérée**
- ✓ **Ritualité de certains réflexes** (lavage des mains)
- ✓ **Angoisse somatique** (douleur persistant d'un organe)
- ✓ **La persécution**

3. **Névrose d'Angoisse :**

C'est le sentiment permanent d'une insécurité sans objet apparent on observe :

- ✓ **Palpitation** (avec un ECG normale)
- ✓ **Céphalée occipitale** (avec un EEG normale)
- ✓ **Suffocation avec boule de neige à la gorge**

NB : La clinique de cette névrose ne démontre aucun problème somatique.

4. Névrose Phobique :

La phobie est une peur pathologique une fois l'individu l'exprime à l'égard d'un objet sans danger, ou bien à l'égard d'une situation (exemple : **La claustrophobie : peur des espaces**).

NB :

L'infirmier licencié sera en mesure de maitriser les 4 névroses qui risquent d'évoluer vers un tableau psychotique (schizophrénie paranoïde). Ces névroses une fois négligées pourraient être **« stade inaugural d'une schizophrénie paranoïde »**.Les symptômes continuent à dominer la pensée de la personne concernée.